PROJET DE MASTER 2
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
MENTION PSYCHOLOGIE

NOM : CATAYS

PRENOM : AURELIE

Le développement de l'état démentiel type Alzheimer lors d'une prise en charge institutionnelle ou familiale est-il le même ?

2004 /2005

DIRECTEUR DU PROJET :
MONSIEUR J. BOUISSON

Sommaire du Projet de recherche

Résumé

Notre recherche consistera à évaluer l'évolution des troubles démentiels des personnes âgées selon qu'elles sont prises en charge par leur famille ou par un hôpital spécialisée ou une maison de retraite. Notre but est de connaître la pris en charge la plus adaptée selon l'évolution du patient. Nous avons choisi d'étudier comment était fait l'accompagnement de la démence et l'impact que cela avait sur les malades. Pour cela nous examinerons trois formes de prises en charge à 4 mois d'intervalle.

Mots clés

Démence de type Alzheimer, Stimulation Neurologique, MMSE, Prise en charge institutionnelle et familiale, Aide de l'aidant.

INTRODUCTION

La demande des aidants de personnes atteintes de démence de type Alzheimer est de savoir ce qu'ils peuvent faire pour accompagner le mieux possible leur parent tout au long de leur maladie.

Les stimulations quotidiennes que l'aidant prodigue au malade permettent un ralentissement de l'évolution des troubles liés à la maladie d'Alzheimer. Mais est-ce que chaque aidant a un tel impact sur l'évolution de la maladie ? Est-ce qu'un placement institutionnel ne donne pas de meilleurs résultats ? Est-ce que toutes les institutions : maison de retraite ou service spécialisé, fournissent des stimulations équivalentes à leurs patients ?

Répondre à ces questions permettra à l'aidant de connaître ce qui le plus adapté à sa situation selon les besoins du malade. Cette recherche a donc pour but d'accompagner l'aidant dans son questionnement sur les stimulations les plus appropriées pour accompagner le malade. D'autre part, étudier en profondeur l'accompagnement du malade que font les institutions, permettra aux aidants de mieux connaître la valeur thérapeutique de ce placement qu'y leur est souvent difficile. Pour finir, nous avons choisi de comparer l'évolution de la maladie d'Alzheimer selon le lieu où le malade a été pris en charge. Il nous semble important de savoir quel est l'accompagnement le plus adapté au malade : leur famille, une maison de retraite ou un service spécialisé.

PARTIE THEORIQUE

I) La démence de type Alzheimer

a) Définition

La démence est un affaiblissement psychique progressif et global, altérant les facultés intellectuelles et évoluant vers une désintégration des conduites sociales. Cela correspond à un processus d'involution cérébrale acquis, déficitaire, altérant les fonctions supérieures du système nerveux central et évoluant dans un délai qui peut aller de quelques mois à plusieurs années.

La démence de type Alzheimer est une démence primaire, dite dégénérative. Ces dégénérescences sont indépendantes de l'état vasculaire. La durée d'évolution est de 3 à 5 ans. Elle se caractérise sur le plan histologique par une atrophie corticale diffuse.

La prédominance féminine de la maladie d'Alzheimer est nette. L'âge de survenue des premiers troubles se situe avant 60 ans.

Sur le plan clinique, on aboutit en quelques mois à la période d'état démentiel de type Alzheimer avec : une détérioration des capacités intellectuelles, des troubles mnésiques entraînant une désorientation temporo-spatiale et des troubles des fonctions symboliques avec une alexie, une agraphie, une aphasie, une apraxie et une agnosie. A ceci s'associe des troubles affectifs et une angoisse car le patient a longtemps conscience de son trouble.

b) description clinique du syndrome démentiel à ses débuts

A ce stade où le déficit est encore modéré, on parle plus volontiers de détérioration mentale.

Les signes de début d'une démence :

Le diagnostic très précoce n'est pas toujours facile dans a mesure où les symptômes sont assez pauvres et souvent banalisés par le patient et son entourage, mis sur le compte d'un vieillissement physiologique.

C'est en particulier la découverte d'une baisse de rendement intellectuel, lorsque le sujet apparaît moins performant dans son activité professionnelle par exemple, ou lorsque son discours s'appauvrit et que la personne a tendance à rabâcher toujours les mêmes choses.

A ce stade on observe des troubles de la mémoire ainsi que, déjà, des troubles du comportement. La mémoire est fréquemment la première fonction lésée, le patient s'en plaint, il en a parfois une certaine conscience et cherche parfois à camoufler ce déficit.

Le patient présente, à ce stade, des troubles de l'attention : il est dispersé, il a du mal à se concentrer, il se fatigue vite ors des efforts intellectuels.

Il a aussi des troubles de l'apprentissage : il est incapable de s'adapter à une situation nouvelle. Il a une certaine conscience de ses troubles, ce qui le rend anxieux et lui fait adopter une attitude de

compensation. Il masque en partie ses déficits à l'aide d'automatismes intellectuels acquis de longue date s'il est d'un bon niveau culturel.

Le patient a parfois quelques difficultés à se repérer dans le temps avec une modification du rythme veille/sommeil.

La pensée du sujet reste monotone, ralentie, avec des persévérations verbales et idéiques qui consistent en des répétitions de mots ou d'idées rabâchées de façon régulière.

Le patient a des troubles affectifs, il s'agit d'un désintérêt à l'égard des occupations habituelles mais aussi des proches, de l'entourage avec une réduction des activités. Le patient perd une certaine souplesse adaptative. Dans les rapports sociaux, il manque de tact, il devient souvent intolérant et irritable.

On peut observer des troubles du caractère : une attitude de méfiance à l'égard des autres avec un sentiment de préjudice voire de persécution. L'entêtement du sujet, la mauvaise tolérance à la situation, un certain degré d'agressivité peut être constaté.

Tous ces troubles sont d'installation récente et progressive sur quelques mois. Ils tranchent par rapport aux de caractères habituels du sujet.

II) Diagnostic clinique du syndrome démentiel alors qu'il est installé (période d'état)

Le terme de démence est réservé à cette période d'état.

Le patient est le plus souvent rencontré à ce stade tardif où les troubles sont majeurs avec un retentissement significatif sur le comportement.

Tout d'abord examinons les troubles intellectuels.

Le déficit de la mémoire est considérable. Si la mémoire d'évocation est plus longtemps conservée elle est tout de même toujours atteinte.

La connaissance acquise tout au long de la vie s'efface progressivement. Les faits à forte charge affective sont plus volontiers conservés. Remarquons que les trubles de mémoire peuvent varier d'un moment à l'autre.

Le patient subit une désorientation temporo-spatiale. La notion de temps est la première altérée. Le patient a du mal à évoquer la date du jour, à un degré de plus il confond le jour et la nuit.

L'apprentissage est devenu impossible ; le raisonnement est perturbé, ce qui donne à la pensée une impression d'illogisme. Leur jugement se trouve lui aussi altéré. Cette faculté d'appréciation fait constamment défaut au dément. Il a perdu sa faculté critique, ses propos sont incohérents. Il est devenu indifférent à son état.

Les troubles du langage, nommés aphasies démentielles, se développent aussi car au début il ne s'agit que de simples oublis de mots, à ce stade le langage est perturbé tant dans son émission que dans

sa compréhension. Rapidement le discours devient incohérent, les propos sont mal adaptés, décousus, réduits à quelques persévérations, les même mots ou les même phrases revenant à tout propos.

Le dément a aussi beaucoup de difficultés à comprendre ce que l'on peut lui dire.

L'écriture est plus rapidement altérée que la lecture. Celle-ci est en effet préservée assez longtemps mais le patient a beaucoup de mal à comprendre ce qu'il lit.

Les troubles de l'activité gestuelle, nommés apraxies démentielles, sont repérables à des stéréotypies gestuelles, des répétitions automatiques de gestes élémentaires. Les troubles praxiques ont un retentissement important sur l'activité quotidienne, le patient devenant incapable de réaliser une tâche, même simple, comme le ménage, la cuisine, sa toilette, s'habiller.

Le patient peu à peu se trouve dans l'impossibilité de reconnaître des objets, des formes, des visages autrefois familiers. Ceux sont des troubles gnosiques.

L'humeur du patient est perturbée, on relève une indifférence affective générale.

Le retentissement de tous ces troubles sur le comportement du patient est tout à fait significatif. Progressivement il va perdre son savoir-faire, son savoir-vivre, ses convenances. Il se néglige tant sur le plan de la toilette que de la tenue vestimentaire. Mais le patient n'a aucune conscience de ses troubles du comportement. Il y a absence totale d'autocritique.

Rapidement le maintien à domicile n'est possible qu'avec l'aide d'une tierce personne (aide ménagère, infirmière pour la toilette).

III) L'évolution

Elle se fera vers une aggravation progressive. Elle peut connaître de longs moments de stabilisation, avec parfois des aggravations brutales déclenchées par des changements d'habitudes chez le sujet (hospitalisation, admission en maison de retraite).

S'il faut tenter de maintenir ces patients à domicile le plus longtemps possible, avec le mode de vie le plus familier, le plus calme et le plus régulier, la perte totale d'autonomie chez un sujet incontinent et grabataire nécessitera son admission dans un milieu spécialisé.

La mort survient au décours de cette phase terminale alors que le sujet est grabataire, gâteux, qu'il ne bouge plus et reste alité, dans un état de cachexie.

IV) Quelles sont les prises en charge possibles ?

a) Le maintien à domicile

C'est le lieu privilégié où les personnes souhaitent en général finir leurs jours. Il nécessitera la mise en place d'un réseau d'aides : aide ménagère, repas livrés au domicile, passage régulier des divers membres de l'entourage familial.

On évaluera alors régulièrement la qualité du fonctionnement et des résultats de cette alliance thérapeutique entre les divers intervenants.

Il ne faut pourtant pas oublier que chez un patient en situation d'isolement social et familial, sans possibilité de mise en place de ces réseaux d'aide, il peut y avoir des indications très positives de vie en collectivité.

b) L’hospitalisation

La personne âgée ne rentrera à l’hôpital que pour des raisons médicales (bilan somatique, équilibrage d’un traitement), au mieux dans le cadre d’un programme de soins avec retour au domicile dès que possible. Cette hospitalisation devra être préparée, programmée.

On connaît les conséquences chez les personnes âgées d’une hospitalisation en urgence sous la pression de l’entourage si le patient l’accepte, on observe alors bien souvent des troubles régressifs avec accentuation de la symptomatologie démentielle (désorientation temporo-spatiale, incontinence, anorexie).

Une hospitalisation brève a aussi pour intérêt de nouer des liens avec le patient et sa famille.

c) L’hospitalisation en « long séjour »

Elle sera limitée à des patients se trouvant dans des situations de dépendance importante avec une perte quasi-totale d’autonomie.

V) Comment retarder le processus déficitaire et maintenir les acquisitions du patient ?

Il faut se souvenir qu’un patient stimulé, dans un contexte favorable, verra ses compétences intellectuelles et physiques se maintenir longtemps en place et ses capacités relationnelles et adaptatives demeurer longtemps tolérables tant pour lui-même que pour l’entourage.

A l’opposer, une personne détériorée, en situation d’isolement, non stimulée, verra ses compétences rapidement régresser.

On connaît les conséquences fâcheuses d’un changement de mode de vie (déménagement, décès d’un être cher) sur une personne détériorée mais dont le processus d détérioration était en grande partie stabilisé à l’aide de points de repères tant psychiques que géographiques stables.

Les objectifs de soins auront pour visée :

- de stimuler les fonctions intellectuelles et affectives du sujet à l’aide de techniques spécifiques ;
- de rééduquer par le biais d’exercices les facultés altérées
- et d’autre part de restaurer la confiance en soi chez ce patient qui a une image de lui-même dévalorisée.

Les techniques de stimulations et de rééducation s’intéresseront au langage : toute occasion qui peut favoriser le dialogue est intéressante (groupe dit conversationnel, discussion autour d’une émission de télévision, sortie)

Concernant la stimulation de la mémoire, il existe toutes sortes d’exercices de stimulation de cette fonction, qu’il s’agisse de la mémoire de fixation, de conservation ou d’évocation.

Enfin il faudra stimuler les savoir-faire et les savoir-reconnaître du patient. Il faut réapprendre au patient à utiliser seulement les objets de la vie quotidienne (ustensiles de cuisine, téléphone, poste de télévision). A un degrés de plus les techniques rééducatives se portent sur l'habillage.

Il est étonnant d'observer que dans un contexte favorable, des personnes âgées peuvent de nouveau assumer certaines tâches tout à fait essentielles à leur autonomie.

La revalorisation de l'image de soi chez la personne âgée passe souvent par une relation chaleureuse avec le soignant. Les soins somatiques (toilettes, nursing), les soins esthétiques, l'accompagnement chez le coiffeur, l'achat de nouveaux vêtements… peuvent être des médiateurs tout à fait essentiels de cette relation qui aura pour finalité un travail de renarcissisation de la personne âgée.

VI) L'évolution des troubles démentiels est-elle la même en famille et en institution ?

a) Nous devons différencier les institutions selon les stimulations réelles qu'elles apportent aux patients

Les maisons de retraite possèdent ou non des psychologues pour le suivi des personnes âgées, des animateurs pour les stimuler, des ergothérapeutes ainsi que tout le personnel soignant nécessaire à la bonne marche de leur établissement. Certaines maisons de retraite fournissent un service très important à ce niveau. Mais elles sont malheureusement très chères et donc accessibles à peu de retraités. Néanmoins nous ne pouvons considérer un environnement de vie stimulant comme un luxe, qui ne mérite d'être attribué qu'au plus fortuné, car cela a un impact direct sur l'évolution des troubles comportementaux des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Une maison de retraite n'effectuant que des soins corporel aux patients et aucune stimulation intellectuelle, verra leur état s'aggraver très rapidement. Cela est dû non seulement au manque de stimulation qui laisse leurs troubles se développer mais aussi à cet environnement qu'ils préfèrent fuir en se plongeant toujours plus dans leur monde imaginaire.

Certaines institutions se sont rendues compte de cet état de fait, et ont construit une structure totalement adaptée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute sont présents dans la structure et se rendent disponible à tout moment pour prendre en charge un patient qui en a besoin. Le fonctionnement même de la structure a été étudié pour que le patient puisse vivre presque comme il l'aurait fait chez lui : prise des repas à des horaires flexibles (diurnes ou nocturnes), possibilité de se promener dans le parc, de jardiner, de faire la cuisine,etc… Tout ces éléments contribue à ce que le sujet se sente bien et donc soit rattaché à la réalité. D'autant que chacune de ces activités contribue à stimuler sa mémoire ce qui ralentie l'évolution de ses troubles.

b) Nous devons aussi différencier les familles selon les stimulations réelles qu'elles apportent à leur proche

La façon dont s'occupe chaque famille de leur parent atteint de la maladie d'Alzheimer est particulière. Chacune d'elle le stimule d'une façon différente. L'histoire familiale est un critère très

important car elle se rejoue à ce moment là. Certaines familles peuvent donc être toxiques pour la personne âgée. Cela dépend aussi du niveau d'évolution de la maladie. Dans le meilleur des cas le sujet participe à la vie de famille, aux tâches domestiques et garde une relative autonomie grâce à l'aide de sa famille. Nous considérons cela comme des stimulations permanentes et interactives puisque le sujet est actif. Lorsque les troubles de la maladie d'Alzheimer se développent le sujet perd de plus en plus son autonomie, sa pris en charge s'alourdi pour la famille. Les stimulations sont de moins en moins interactives car l'aidant est obligé de faire les actions à la place du malade et non plus de l'aider à les accomplir. Les stimulations sont pauvres.

Hypothèse de travail

Une stimulation active du patient entraîne une évolution moins rapide des troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer.

Les stimulations actives faites au domicile du malade auront un effet positif plus important que si le malade était hospitalisé, et que s'il n'était pas stimulé du tout comme dans certaines maisons de retraite.

PARTIE EMPIRIQUE

I) Méthodologie

a) Présentation du lieu de stage souhaité

Notre lieu de stage est un centre local d'information et de coordination, au service des personnes âgées du Lot et Garonne. La priorité est d'informée les personnes âgées, leur famille et les professionnels, puis d'orienter les personnes âgées vers un dispositif d'offre de prestations existantes. En collaboration avec des professionnels, nous évaluons les besoins des personnes âgées puis élaborons un projet d'accompagnement et de soins. Le CLIC prend donc en charge la mise en œuvre, le suivi, et l'adaptation d'un plan d'aide individualisé. La personne âgée peut donc vivre plus longtemps chez elle grâce à un dispositif adapté à ses besoins spécifiques.

Ces personnes sont pour la majeur partie prise en charge à domicile, nous étudierons quel type de stimulation met en place leur famille pour les accompagnées.

Le second lieu de stage est une maison de retraite. Nous souhaitons travailler avec les patients et leur soignants afin de connaître de quel type de stimulation ils sont l'objet. Cette maison de retraite constitue un groupe témoin car aucun groupe mémoire, ni aucune forme de stimulation n'est mise en place pour ralentir l'évolution des personnes atteintes de démences.

En comparaison, nous suivrons des patients de l'hôpital de Marmande-Tonneins dans l'unité spécialisée concernant la maladie d'Alzheimer. Le but de cette structure est d'être adaptée au mieux aux besoins de ses patients. Ainsi, les patients mangent quand ils le souhaitent, ils peuvent jardiner, se promener, effectuer des tâches quotidiennes comme mettre le couvert…Ces personnes sont sans cesse stimulées, e cela nous intéresse au plus au point afin de connaître si l'évolution de l'état démentiel de ces personnes évolue différemment de ceux d'une maison de retraite traditionnelle ou lorsque les personnes restent dans leur famille.

b) Rôle du psychologue dans l'institution

La Psychologue intervenant au CLIC effectue essentiellement des bilans de personnes âgées présentant des troubles afin de pouvoir établir un diagnostic plus fiable des pathologies dont ces personnes sont atteintes. Elle anime un atelier mémoire et groupe de parole pour les aidants principaux de ces personnes. Il est aussi dans ses fonction de gérer les situation de crise lorsque des personnes âgées présentent des troubles du comportement ou autre.

La maison de retraite ne possède pas de psychologue qui y soit rattaché.

Le service spécialisé de l'hôpital de marmande –tonneins possède une psychologue à plein temps. Elle effectue les bilans psychologiques et le suivi quotidien des résidents du service Alzheimer.

c) Présentation de la population

Nous travaillons avec des personnes dont le mini mental test s'élève à 15 environ ainsi qu'avec l'aidant principal de chacune de ces personnes. Nous formons trois groupes de sujets : le premier est prise en charge à domicile, le second est constitué de patient d'une maison de retraite et le troisième de patients de l'unité Alzheimer de l'hôpital de Marmande-Tonneins.

d) Présentation des outils :

- **LE MINI MENTAL SCALE EXAMINATION**

Le mini-examen de l'état mental a été élaboré par Folstein en 1975 comme un test simple et standardisé pour vérifier le performance des fonctions cognitives des sujets et d'éventuellement quantifier leur déficit.

Ce test comporte 30 items explorant les possibles troubles de l'orientation et le temps, de la mémoire, de l'attention, du langage (parole, compréhension, lecture, écriture), dans l'exécution d'actes moteurs (l'apraxie).

- **ECHELLE D'EVALUATION DES COMPORTEMENTS**

Analyse fonctionnelle des comportements problèmes :

Par comportement problème l'on entendra alors un enchaînement coordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit ou l'interprète.

- **DES ENTRETIENS**

Nous avons choisi d'effectuer un entretien semi-directif. Nous poserons des questions concernant les stimulations quotidiennes que l'aidant prodigue au malade, afin de savoir si le patient est actif ou passif lors de ces activités.

- **Justification du choix des outils**

Tout d'abord, nous testons chaque malade à l'aide du MMSE afin de connaître l'avancé de leurs troubles. Cela nous permet de constituer un groupe homogène de patients dont le MMSE se situe au alentour de 15, donc ayant une démence modérée dont nous pourrons par la suite observer l'évolution.

Notre recherche se déroulera en deux temps, où nous effectuerons un entretien avec l'aidant, puis nous évaluerons les troubles du comportement dont souffre le malade, cela à deux reprise avec 4 mois d'intervalle. Nous avons choisi ces outils afin de recueillir des informations de l'aidant et du malade. Notre but est d'avoir des informations les plus complètes possibles et les plus précises.

e) Présentation des Hypothèses Opérationnelles

Notre variable dépendante correspond à l'évolution des troubles du comportement du malade au cours des 4 mois, nous prendrons donc en compte le nombre de troubles du comportement qui sont apparus durant cette période.

Notre première variable indépendante est le type de groupe, auquel appartient le sujet.

Notre deuxième variable indépendante correspond au type de stimulation prodigué au malade.

VI : Type de groupe : G3 **VI** : Type de stimulation : T2

- **g1** : dément à domicile
- **g2** : dément en maison de retraite
- **g3** : dément du service Alzheimer

- **t1** : stimulation interactive
- **t2** : stimulation pauvre

VD : nombre de troubles du comportement apparus

Plan : <G 3 * T2>

- **Hypothèse opérationnelle 1**

Le groupe de déments pris en charge par le service spécialisé de l'hôpital, bénéficiant de stimulations interactives, présentera davantage de trouble du comportement que le groupe 1 en charge à domicile.

- **Hypothèse opérationnelle 2**

Le groupe des déments pris en charge à domicile, ayant peu de stimulation, présentera moins de trouble du comportement que le groupe de déments pris en charge en maison de retraite, ayant peu de stimulation.

- **Hypothèse opérationnelle 3**

Un dément pris en charge à domicile développera moins de troubles du comportement lorsqu'il est stimulé de façon interactive que lorsqu'il est peu stimulé (« stimulation pauvre »).

- **Tableau récapitulatif :**

	t1 : stimulation interactive	t2 : stimulation pauvre
g1 : dément à domicile	X	X
g2 : dément en maison de retraite		X
g3 : dément du service Alzheimer	X	

Bibliographie

Les livres :

- ANDRE. P1997, *Psychiatrie de l'adulte,* Paris Editions heures de france.
- BACQUE. M F 1992, *Le deuil à vivre*, Paris Editions Odile Jacob.
- CHARAZAC. P 1998, *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, Paris Editions Dunod.
- CONSEIL INTERNATIONAL POUR UN PROGRES GLOBAL DE LA SANTE. 1999, *Longévité et qualité de vie : défis et enjeux,* Editions Institut Synthélabo.
- DEFONTAINES. B 2001, *Les démences*, Paris Editions Med-line.
- DOLTO. F 1998, *Parler de la mort,* Paris Editions Gallimard.
- EUSTACHE. F 1995, *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prise en charge*, Marseille Editions Solal.
- FEIL. N 1997, *Validation, mode d'emploi : techniques élémentaires de communication avec les personnes âgées séniles atteintes de démences type Alzheimer*, Paris Editions Pradel.
- FREUD. S 1973, *Névrose, psychose et perversion,* Paris Editions PUF.
- GROUPE D'ETUDES ET DE RECHERCHE SUR LA DEMENCE SENILE. 1985, *Démence du sujet âgé et environnement : acte du 2ème colloque, Paris, 28 et 29 janvier 1985,* Paris Editions Maloine.
- GROUPE D'ETUDES ET DE RECHERCHE SUR LA DEMENCE SENILE. 1986, *Les thérapeutiques de la démences : acte du 3ème colloque, Paris, les 27, 28 et 29 janvier 1986,* Paris Editions Maloine.
- INSERM et FNG . 1994, *« CANTOU » et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile*, Paris Editions INSERM.

- JACQUAT. D 1999, *Rapport d'information sur la prise en charge de la démence sénile en Europe*, Paris Editions Assemblé nationale.
- LACOMBLEZ. L 2003, *les démences du sujet âgé*, Editions Montrouge.
- MAISONDIEU. J 1992, *Le crépuscule de la raison*, Paris Editions Bayard.
- METAIS. P, MOULIAS. R et PANCRAZI. M P 2004, *Ethique et démence*, Editions Masson.
- PERSONNE. M 1998, *Soigner les personnes âgées à l'hôpital : la formation à la relation d'aide,* Paris Editions Dunod.
- PERUCHON. M 1994, *Le déclin de la vie psychique : psychanalyse de la démence sénile,* Paris Editions Dunod.
- PLOTON. L 1995, *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique, et la question de la démence,* Editions Chronique sociale.
- REMOND-BESUCHET. C 1991, *Bilan de langage de l'adulte âgé : aphasie, démence, confusion mentale, dépression réactionnelle, mélancolie,* Isbergues Editions l'Ortho.

Les mémoires:

- BACON. K 1997, *Lorsque la proximité de la mort rend le sujet âgé dément : perte d'autonomie et angoisse de mort, démence*, Bordeaux 2 Mémoire de Maîtrise : psychologie clinique et pathologique.
- GARNON. E 1999, *Syndrome amnésique et désorganisation des contenants de pensé dans la démence*, Bordeaux 2 Mémoire de DESS : psychologie clinique et pathologique.
- LESHAURIES. V, sous dir. de REINHARDT. J C, BOUISSON. J 1999, *Enveloppes psychiques et contenants de pensée dans la démence sénile*, Bordeaux 2 Mémoire de DU de psychogérontologie clinique et pathologique.
- NIGER. D et DESCAMPS. A 1992, *Prévalence et dépendance de la démence sénile*, thèse de médecine générale, Bordeaux 2 Thèse de Medecine générale.
- SAAD-DURAND. C 1997, *La démence ou la désagrégation des contenants de pensée*, Bordeaux 2 Mémoire de Maîtrise : psychologie clinique et pathologique.

Ouvrages de Méthodologie :

- COTTRAUX. J, BOUVARD. M, LEGERON. P 1985, *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements,* Editions EAP.